

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu w celu dofinansowania  
ze środków PFRON zaopatrzenia w **SPRZĘT REHABILITACYJNY**

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcji narządu ruchu,       dysfunkcji narządu mowy,

innych dysfunkcji, dla których zastosowanie może mieć rehabilitacja w warunkach domowych:

.....

2. Informacje o rodzaju niepełnosprawności, z powodu której należy zastosować wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny:

.....

.....

.....

3. Rodzaj sprzętu, do którego Wnioskodawca ubiega się o dofinansowanie:

.....

( nazwa sprzętu)

4. Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu rehabilitacyjnego potrzebnego w procesie rehabilitacji w warunkach domowych:

.....

.....

.....

.....

.....

5. Czy schorzenie/schorzenia, dysfunkcja/dysfunkcje ma/mają charakter (proszę uzupełnić):

**stały/czasowy** .....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza

### **UWAGI:**

Dofinansowanie ze środków PFRON nie dotyczy rehabilitacji leczniczej.

Niniejsze zaświadczenie nie jest dokumentem decydującym o sposobie rozpatrzenia wniosku.

<sup>1</sup> załącznik do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, na rok 2020.